

ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ЭНДОДОНТИИ

Пиванкова Н. Н., Азаренко В. И.

ГУ «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Рентгенологическое исследование является важным элементом контроля и учета эффективности эндодонтического лечения. Из-за отсутствия возможности визуального контроля проведение рентгенографии обязательно на всех этапах лечения заболеваний пульпы и апикального периодонта. Контактная внутриротовая рентгенография является наиболее используемым видом рентгенологического исследования в процессе эндодонтического лечения.

В настоящее время благодаря появлению радиовизиографов все большую популярность в практике врачей-стоматологов получает методика цифровой (дигитальной) рентгенографии с последующей цифровой обработкой и анализом изображений.

Во всех случаях трактовку полученного изображения на рентгеновском снимке проводит стоматолог. Количество рентгеновских снимков, требующихся в каждом конкретном случае, зависит от клинической ситуации.

На рентгенограмме, отвечающей запросам эндодонтического лечения, исследуемый зуб должен быть расположен в центре, так как центр пленки дает наименьшее количество искажений. За верхушкой корня должна быть видна костная ткань на протяжении хотя бы 3 мм. Отсутствие "захвата" этой зоны может привести к неправильной постановке диагноза, неправильной интерпретации размеров корня или некорректному определению длины инструментов для обработки канала. Наконец, изображение на снимке должно быть анатомически правильным, насколько это возможно. Искажения, связанные с удлинением или укорочением изображения, также могут привести к ошибкам в диагностике и лечении.

Корневой канал на рентгенограмме определяется в виде узкой полоски просветления проходящей в середине корня. Заканчивается корневой канал верхушечным отверстием, через которое выходит сосудисто-нервный пучок зубной пульпы. Верхушечное отверстие у взрослого человека из-за небольшого диаметра и проекционных условий при рентгенологическом исследовании в большинстве случаев видеть не удается.

Несмотря на разнообразие патологических изменений, происходящих в пульпе зуба, специфической рентгенологической картины заболеваний пульпы не существует. Косвенным рентгенологическим признаком пульпита является наличие на рентгенограмме сообщения глубокой кариозной полости с полостью зуба в виде полоски просветления в слое надпульпарного дентина. Нередко хроническое воспаление в пульпе сопровождается хроническими деструктивными изменениями в периодонте.

Рентгенологическими признаками апикального периодонтита являются увеличение размеров и деформация периодонтальной щели; структурные изменения костной ткани, окружающей альвеолу; нарушения целостности замыкательной пластинки лунки.

На контрольном рентгеновском снимке тень пломбировочного материала должна выявляться на всем протяжении корневого канала – от устья до боковой стенки апикальной части корня, что свидетельствует о качественной obturation.

канала до физиологической верхушки корня. Если физиологическая верхушка находится выше анатомической верхушки на передней или задней стенке корня, то создается ложная картина недопломбировки корневого канала.

Критерии качества (рентгенологического) пломбирования корневого канала:

По длине:

А – в корневом канале на всем протяжении до верхушки контурирует пломбировочный материал;

В – тень пломбировочного материала прослеживается в видимой части канала (но не до верхушки) или контурирует за верхушечным отверстием;

С – тень пломбировочного материала не доходит до апекса более, чем на 2 мм. или контурирует значительно за верхушкой.

По равномерности:

А – равномерно на всем протяжении контурирует пломбировочный материал;

В – неравномерно контурирует пломбировочный материал. очаги просветления (поры).

По форме:

А – пломбировочный материал контурирует в форме конуса четко;

В – контур материала нечеткий, размытый;

С – материалы не повторяет форму канала. тень пломбировочного материала не до верхушки.

Контрольные рентгенограммы выполняются сразу, через 6 месяцев, через год и через 2 года после завершения лечения и позволяют оценить не только качество obturации корневого канала, но и обнаружить регенерацию в очаге деструкции, а также определить необходимость в хирургическом вмешательстве.

Особого внимания заслуживает рентгенологическое исследование при изучении динамики обратного развития околоверхушечных воспалительных процессов и восстановления костной структуры пораженной области после осуществления надлежащих терапевтических мероприятий.

При эффективно проведенном лечении на серийных рентгенограммах, произведенных через определенные промежутки времени, наблюдается постепенное уменьшение размеров деструктивного очага и начинающееся с периферии восстановление нормального костного рисунка. Полное восстановление костного рисунка может наступить на протяжении нескольких месяцев, а иногда и лет.

Приемлимыми критериями качества проведенного эндодонтического лечения являются нормальная толщина периодонтальной щели (до 1 мм), целостная компактная пластинка, отсутствие резорбции, плотная трехмерная obturация корневого канала.

К сомнительным критериям относятся расширение периодонтальной щели до 2 мм, нарушение целостности компактной пластинки, очаги деструкции, пустоты в корневой пломбе, незначительное выведение пломбировочного материала за верхушку.

Недопустимыми критериями являются расширение периодонтальной щели более 2 мм, нарушение целостности компактной пластинки, очаги деструкции, пустоты в корневой пломбе, значительное выведение пломбировочного материала за верхушку. Последовательное выполнение

дентальных рентгенограмм на всех этапах эндодонтического лечения позволит избежать ошибок, как в диагностике, так и в оценке качества проведенного лечения. Каждая рентгенограмма, упоминающаяся в истории болезни, является медицинским и юридическим документом